Aus der Medizinischen Klinik der Universität Bonn.
Direktor: Professor Dr. P. Martini.

Synopsis der subjektiven und objektiven Magensymptome bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 25. Mai 1938

von

Elisabeth Offermanns

aus

Bad Godesberg.

Bonn 1938
Anton Brand, Bonn

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Martini.
Korreferent: Prof. Dr. Freiherr v. Redwitz.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet.

In dem Krankengeschichtenmaterial der Medizinischen Universitätsklinik Bonn habe ich 283 Fälle von Magengeschwüren gefunden. Diese sind nach allen zur Verfügung stehenden Methoden durchuntersucht worden. Mit wenigen Ausnahmen sind die Kranken fraktioniert ausgehebert, geröntgt und gastroskopiert worden. Wenn irgend angängig, wurde diese Methode bei der Entlassung wiederholt, um objektiv feststellen zu können, inwieweit die Aufnahmebefunde sich geändert haben oder nicht, d. h. um einen Überblick über den Verlauf der Krankheit zu haben. — Leider sind Röntgen und Gastroskopie mit einem nicht unerheblichen Kostenaufwand verbunden, so daß sich manchmal Hindernisse wirtschaftlicher Art einstellten.

Die 283 Krankheitsfälle verteilen sich auf die Jahrgänge 1934/35, 1935/36 und 1936/37. Von ihnen sind 175 Ulcera duodeni und 108 Ulcera ventriculi (genau gesagt: 172 Ulcera duodeni, 108 Ulcera ventriculi und 3 Ulcera duod. + Ulc. ventr.). Am meisten befallen wurde das männliche Geschlecht. Es erkrankten 241 Männer gegenüber 42 Frauen an Magen- und Zwölffinderdarmgeschwür.

Aus diesem Material, das mir zur Verfügung gestellt wurde, habe ich nur solche Krankengeschichten gewählt, die eine längere Krankenhausbehandlung aufwiesen. Denn nur im Verlauf einer längeren Behandlungs- und Beobachtungszeit lassen sich objektiver Befund und subjektive Beschwerden gegeneinander auswerten. Im ganzen sind es 50 Fälle, die genau nach obigen Richtlinien beobachtet wurden. Diese verhältnismäßig kleine Zahl gegenüber 283 Kranken erklärt sich aus dem Umstand, daß die meisten Fälle zur Beobachtung oder Begutachtung in die Klinik kamen. Dazu kommt noch eine erhebliche Anzahl von Kranken, die sich aus persönlichen

Gründen weigerten, wiederholt eine Röntgen-Untersuchung oder „gar“ eine Gastroskopie vornehmen zu lassen. Das ist vor allem noch im Jahrgang 1934/35 zu beobachten. Da aber an der Bonner medizinischen Klinik die Gastroskopie häufig durchgeführt wird, ist der Schrecken vor dieser Methode allmählich geschwunden. Sogar seitens der Patienten wurde diese Untersuchungsmethode als nicht wesentlich belästigend empfunden, besonders wenn sie einsahen, wie wichtig sie zur genauen Diagnosestellung ist. 1934/35 waren es noch 72 von 112 Patienten, die eine Gastroskopie verweigerten, 1935/36 40 von 90 und 1936/37 nur mehr 10 von 81 Patienten.

Ich habe nun die Fälle herausgegriffen, bei denen mindestens eine Röntgenaufnahme und eine Gastroskopie gemacht wurde. Die meisten unterzogen sich aber wenigstens noch einer Kontroll-Röntgenaufnahme und Kontroll-Gastroskopie.

Bei den so gewonnenen 50 Fällen handelt es sich um 28 Ulcera duodeni, 21 Ulcera ventriculi und 1 Ulcus duod. + Ulc. ventr.

Bei der genauen Durchsicht der Krankengeschichten ist beim Vergleichen der objektiven Symptome (= Röntgenbefund, Gastroskopie und in etwa Säurewerte) und der subjektiven Symptome der Kranken (= Schmerzen, Druckgefühl, Beschwerdeart, Erbrechen, Brechreiz, Übelkeit, Aufstoßen, Nichtvertragen von bestimmten Speisen u. a.) folgendes aufgefallen:

Es lassen sich zwei Hauptgruppen von objektiven Symptomen feststellen, Ulcera mit rein chronisch hypertrophierender Gastritis und Ulcera, die neben einer rein chronischen Form akutere Erscheinungen aller Art bis zur fast reinen akuten Gastritis zeigen. Was man unter akuter, subakuter und chronisch hypertrophierender Gastritis versteht, läßt sich etwa folgendermaßen (an Hand der gastroskopischen Befunde) erklären: Es handelt sich um eine akute Gastritis, wenn die Schleimhaut hochrot verfärbt, entzündlich verändert, gequollen und evtl. mit Blutungen durchsetzt ist. Bei der subakuten Form geht die hochrote Farbe der Schleimhaut mehr in eine

düsterrote über, oder sie ist weniger stark gerötet. Die Gastritis ist chronisch, wenn sie eine blasse, fleckige, matte, grau getrübte und geschwollene Schleimhaut aufweist. Kommen Hypertrophien hinzu, so spricht man von einer chronisch hypertrophierenden Gastritis, wobei die Hypertrophien wieder die verschiedensten Formen annehmen können: flach, kugelig, beetartig, in wechselnder Größe und Ausdehnung.

Diese Gastritisformen kommen getrennt und miteinander vermischt vor. Die einzelnen Formen treten verschieden schwer auf. Man kann geringe, mittelmäßige und schwere Gastriden unterscheiden. Es handelt sich um eine geringe Gastritis, wenn die Schleimhaut nur wenig Veränderungen an vereinzelten Stellen aufweist, d. h. wenn sie etwas blaß, düster oder gefleckt erscheint. Mittelmäßig wird sie, wenn die Schleimhaut fleckige Hypertrophien, starre oder grobe Falten zeigt, dazu diffuser gerötet, schmutzigrot oder trübe ist. Als schwer ist eine Gastritis zu bezeichnen, wenn die Schleimhaut stark aufgelockert, verdickt, düsterrot ist, größere Hypertrophien hat, oder diffus hochrot, entzündet und blutend ist.

Es läßt sich an Hand der Krankengeschichten feststellen, daß es für den Verlauf der Erkrankung bestimmend ist, ob sie mit einer rein chronisch hypertrophierenden oder mit einer chronisch hypertrophierenden + akuten (oder subakuten) Gastritis vergesellschaftet ist.

Im folgenden sind die Krankengeschichten zusammengestellt, die 1. eine rein chronisch hypertrophierende, 2. eine chronisch hypertrophierende + akuten (oder subakuten) Schub und 3. eine rein akute (oder subakute) Gastritis neben dem Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni aufweisen:

Bei einem Ulcus ventriculi (V, 391/35–36) besteht eine mittelmäßige, rein chronisch hypertrophierende Gastritis ohne einen akuten (oder subakuten) Schub. Die Schmerzen, über die der Patient klagt, sind mittelstark und sehr hartnäckig in ihrer Dauer. Vorübergehend werden sie leichter oder verschwinden. Sie treten aber immer wieder, wenn auch in

leichterer Form auf. Auf Therapie scheinen sie nur langsam anzusprechen. Erst die letzten 14 Tage der sechswöchentlichen Behandlungszeit bleibt der Patient beschwerdefrei.

In weiteren 4 Fällen von Ulcera duodeni (V, 171, 484, 499/35—36; V, 252/36—37) sind der Verlauf der Krankheit und die Befunde ähnlich. Auch sie weisen mittelmäßige Gastritiden bei mittelstarken Schmerzen auf. Besserung der Schmerzen tritt erst allmählich ein. — Bei 1 Ulcus ventriculi (V, 1106/36—37) und 2 Ulcera duodeni (V, 40/35—36; V, 637/36—37) sind die Schmerzen leichter Art, bleiben aber trotzdem lange bestehen.

Ist die Gastritis gering, dann sind auch die Schmerzen leicht und schwinden meist in den ersten zwei Wochen (bei 2 Fällen: V, 1119/36—37; V, 81/36—37, Ulc. ventr.). In weiteren zwei Fällen (U. d. V, 390/35—36; U. v. V, 263/36—37) verursachen sie mittelstarke Schmerzen, die aber auch in den ersten zwei Wochen schwinden. — Bei 1 Ulcus ventriculi (V, 1366/35—36) sind trotz einer ganz geringen Gastritis starke Beschwerden. Sie sind aber erklärlich durch Attacken einer offenbar chronischen Appendicitis, die operativ behoben wurde. Nach der Appendektomie blieb der Patient beschwerdefrei bis zur Entlassung. — In einem Fall von Ulcus duodeni (V, 1708/35—36) sind trotz geringer gastritischer Veränderungen der Schleimhaut die immer wieder auftretenden, leichten Schmerzen auf eine Gallenaffektion zurückzuführen. 2 Ulcera duodeni (V, 1029 und 1340/36—37) haben eine schwere chronische Gastritis. Der eine Fall ist vollkommen therapieresistent (1029) und der andere wird nach 16 Tagen Behandlung beschwerdefrei. Bei ersterem weisen die Befunde bei der Entlassung kaum Veränderungen auf, bei letzterem ist ein Rückgang der Gastritis eingetreten, was wohl auch die Besserung der Beschwerden erklärt.

Zusammenfassung: Es handelt sich um 6 Ulcera ventriculi und 10 Ulcera duodeni = 16 Fälle. Findet sich bei einem Ulcus ventriculi oder duodeni eine mittelschwere, leichte oder

schwere rein chronisch hypertrophierende Gastritis ohne akuten oder subakuten Schub, dann sind die Beschwerden meist mittelstark oder leicht, vereinzelt stark (8 : 6 : 2). In 12 von 16 Fällen bleiben die Schmerzen hartnäckig lange bestehen und sprechen nur schwer oder überhaupt nicht auf Therapie an. Beispiel: (V, 391/35—36 St. 8).

Beschwerdeart: Druckschmerz — Nüchternschmerz + Verdauungsschmerz; druckhafte, krampfartige Beschwerden im Epigastrium, parallel dem Rippenbogen zum Rücken ausstrahlend — Auftreten beim Essen und verstärkt p. c. — Dauer 1—4 Std. Schmerzen, auch nachts und morgens früh — Brechreiz und zusammenschnürendes Gefühl im Magen, saures Aufstoßen, starker Appetit auf saure Speisen.

Epikrise: Ulc. präpyl. (Rö.) + subakute Anstrumgastritis (Ga.). Deutliches Nachlassen der Beschwerden innerhalb 7 Tagen unter Leube-Kur. Beginn mit physiol. NaCl-Lösung, die wechselweise mit Larostidin gegeben wurde; weiterhin Wechsel der Beschwerden bis 17. Tag — wieder Leube 6 — jetzt praktisch beschwerdefrei bis 44. Tag. Ausnahme: Schmerzen am 29. und 30. Tag. Atropin vom 25. — 34. Tag — nicht kontrolliert.

Ein Ulcus ventriculi (V, 359/35—36) ist von einer chronisch hypertrophierenden Gastritis begleitet. Zur chronischen Gastritisform tritt ein subakuter Schub. Die Schmerzen sind leicht und schwinden am 3. Tag, als mit einer spezifischen Ulcuskur begonnen wird. Der Patient bleibt während der Behandlungszeit beschwerdefrei.

Beispiel: s. S. 9.

Tabelle 1.

Archiv Nr. V, 391/35—36. Angestellter Acid.: + 42/+56 Senkg.: 3/

Diag.: **Ulcus ventriculi praepylor.** + Gastritis (chron. hypertr. Antrum-)

	Tag	kg	Besch.	Röntgen:	Gastr.	Therapie	
1. 7.	1	59,2	2	15. 5. 35.:		1 Gelonida antineuralgica	
	2		0	Schleimhaut fraglich			Leube
	3		0	vergröbert — Sekret			
	4		0	vermehrt — Peristal-			
	5		0	tik tief durchschnei-	Schleimhaut im An-		
	6		1	dend — Druckpunkt	trum düsterrot —	Larostidin f. 2 ccm	Besserg. f. 4 Std.
	7		0	extraventriculär im	etwas derb, nicht	„ v. 5 ccm	„ „ 2 „
	8	58,0	1/4	Epigastrium u. in der	spiegelnd wie nor-	„ f. 5 ccm	„ „ 6 „
	9		1/4	Pylorusgegend — an	mal — praepylori-	„ f. 2 ccm	jeweils Besserung für mehrere Std.
	10		0	der kl. Kurvatur	scher Teil nicht zu	„ f. 6 ccm	
	11		0	konstant kl. Nische	übersehen, da Pa-	„ f. 4 ccm	
	12		2/4	(praepyl.) — 1 Std.	tient starke Schmer-	„ v. 5 ccm	
	13		0	p. c.: 1/6 des Restes	zen angibt. —	„ v. 5 ccm	
	14		0	im Magen, der übri-	**Diag.: Chron.**	„ v. 5 ccm	1 Gelonida
	15	58,2	0	ge Brei im Dünn-	**hypertr. Gastritis.**	„ v. 5 ccm	
	16		3/4	darm. — **Ulcus**		0	
	17		1	**praepylori.**		0	
	18		0			„ f. 2 ccm	
	19		0			„ v. 5 ccm	
	20		0			0	
	21		0			0	
	22	59,0	0			0	
	23		0			0	
	24		0			0	Atropin 2 × 1/2 mg
	25		0			0	„
	26		0			0	„
	27		0			0	„
	28		0			0	„
	29	61,0	3/4			„ f. 5 ccm	„ Neutralon
30. 7.	30		3/4			„ v. 10 ccm	0 „
	31		0				„ „
	32		0				„ „
	33		0				„ „
	34		0				„ „
	35		0				
	36	61,2	0				
	37		0				
	38		0				
	39		0				
	40		0				
	41		0				
	42		0				
	43	62,3	0				Schonko
13. 8.	44		0				

Larostidin f. = NaCl!

Tabelle 2.

Archiv Nr. V. 359/35–36. Zimmermann Acid.: +60/+70. Senkg.: 8/14

Diag.: **Ulc. ventr.** + Duodenaldivertikel + subakute c. h. Antr.-Corp. Gastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
9. 5.	1		3/4	**9. 5. 35. Röntgen:**			
	2	73,0	3/4	Schleimhaut vergrö-			
11. 5.	3		3/4	bert u. unruhig kon- figuriert, Sekret ver-			Leube 6
	4		0	mehrt, grobe Zähne-			„
	5	71,5	0	lung der gr. Kurvatur,			„
	6		0	im Antrumgebiet			„
15. 5.	7		0	großkurvaturwärts eine Einziehung, Peri-			9
	8		0	staltik i. Antrum leb-			„
	9		0	haft, praepyl. asym-			„
18. 5.	10		0	metrisch, an einer 29 beschrieb. Stelle d. kl.	**18.5.Gastroskopie**		„
	11		0	Kurvatur befindet sich	Schleimhaut trübe,		„
	12	72,0	[1/4]	ein linsengr. Schatten-	matt, hochrot, bes. i.		„
	13		0	fleck (= Restzustand	Antrum- und Corpus-		„
	14		0	eines alt. Ulc. ventr.) der Bulbus Duod. ist	gebiet, z. T. auf Vor- der- u. Hinterwand		„
22. 5.	15		0	von obenher etwas	übergreifende, fleckig		12
	16		0	eingedellt, am Duod. descend. tritt konst.	getrübte Hypertroph. Grund ist blaß, die	Papaverin 2×0,04 Paraffinöl	„
	17		0	ein walnußgr., rundl,	Hypertrophieen	„ „	„
	18		0	Divertikel hervor. 3	hochrot, unmittelbar	„ „	„
27. 5.	19	74,0	0	Std p. c.: geringer Breibeschlag i. Mag.	hinter dem Angulus ist ein ca. linsen-	„ „	„
	20		0	Duodenaldivertikel	großer, glatter Krater	„ „	16
	21		0	noch gefüllt. Diag.: geringer Rest-	sichtbar mit flachen	„ „	„
	22		0	zustand eines **Ulcus**	Rändern u. nicht ent-	„ „	„
	23		0	**ventr.** (kl. Kurv.) +	zündet. Geschwürs- grund hochrot u. keine	„ „	„
1. 6.	24		0	Duodenaldivertikel = Gastroduodenitis.	Auflagerungen, kein	„ „	„
	25		0		Dehnungsschmerz. Diag.: **Flaches Ulc.**	„ „	20
	26	74,5	0		an der kl. Kurvatur	„ „	„
	27		0		des Antrums begin-	„ „	„
	28		0		nende Abheilung, **chron. hypertroph.**	„ Atropin 2×1/2 mg	„
6. 6.	29		0		**Gastritis.**	„ „ „	„
	30		0			„ „ „	25
	31		0			„ „ „	„
	32		0			„ „ „	„
	33		0			„ „ „	„
	34	76,7	0			„ „ „	„
	35		0		**13. 6. Gastritis.**	„ „ „	„
	36		0		Ulcus im Rückgang.	„ „	„
14. 6.	37		0		Geschwür wesentlich kleiner mit grauweiß.	„ „	„
					Belag, hypertroph. Gastritis ebenfalls im Rückgang.		

Beschwerdeart: Nüchternschmerz und Druckgefühl in der Magengegend. Besserung nach Nahrungsaufnahme für $1^1/_2$ bis 2 Std. Saures Aufstoßen und Erbrechen. Im März 8 Tage lang Teerstuhl.

Epikrise: Rö.: Ulc. ventriculi (kleine Kurvatur des Antrums) und Ga.: Begleitgastritis — Hyperacidität.

3 Tage lang Beschwerden, bei Einleitung der Therapie (Leube) wird Pat. sofort beschwerdefrei und bleibt es bis Schluß der Behandlung (37 Tage). Gastroskop. Kontrolle: Ulc. und Gastritis deutlicher Rückgang.

Komplikationen: spastische Stühle — Papaverin, Paraffinöl ab 15. Tag, Atropin ab 27. Tag.

Ähnlich ist es in den übrigen 9 Fällen, von denen 2 Ulcera ventriculi (V, 332, 1484/35—36) und 7 Ulcera duodeni (V, 60, 1211, 1315/35—36; V, 88, 1431, 1484, 1805/36—37) sind. Bei den beiden Ulcus ventriculi-Kranken sind die Schmerzen mittelstark und bei den 7 Ulcera duodeni mittelstark (4), leicht (2) und stark (1).

Auffallend ist bei den chronisch hypertrophierenden Gastritiden + subkutanem (oder akutem) Schub, daß die subakuten Erscheinungen in allen 10 Fällen zurückgehen, die chronischen dagegen in 4 Fällen (U. d.: V, 1211, 1315/35—36; V, 1484, 1805/36—37) unverändert bestehen bleiben und bei 6 Patienten (3 U. v. und 3 U. d.; V, 60, 332, 359, 1484/35—36; V, 88, 1431/36—37) erst allmählich eine Rückbildung aufweisen. Auch dann, wenn die akuten Erscheinungen der Gastritis schwerer Natur sind, tritt dennoch bald Besserung der Schmerzen ein. Bei 4 Patienten ist das der Fall (1 U. v.: V, 62/36—37; 3 U. d.: V, 1753/35—36; V, 38, 53/36—37). Die Gastroskopiekontrolle vor der Entlassung ergibt eine deutliche Besserung der akuten und auch der chronischen Erscheinungen, und nur in 1 Fall ein Fortbestehen der chronischen Gastritis ohne akuten Schub.

Beispiel: s. S. 11 (V, 53/36—37).

Tabelle 3.

Archiv Nr. V. 53/36—37. Bauarbeiter. Acid.: +50/+64. Senkg.: 2/8

Diag.: **Ulc. duodeni** + chron. hypertr. Corp.-Antr. Gastritis (subakut).

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
9. 3.	1	62,3	3			Paraffin	
10. 3.	2		3				
	3		2	**11. 3. 36 Röntgen:**			
	4		0	Schleimhaut erscheint	12. 3.: **Gastroskopie**:		
	5		0	vergröbert, Bulbus	Antrumschleimhaut		Leube 6
	6		0	etwas deformiert, an	matt + leicht gerötet,		„
15. 3.	7		0	der Hinterwand kl.	im Corpusgeb. Falten		„
	8	62,3	0	nischenförmige Konfiguration, strahliges	vergröbert, kein Dehnungsschm.,		9
	9		0	Zusammenlaufen zu	kl. zahlreiche lichtbrechende Hypertrophieen. Diag. **Chron. hypertr.** Corpus- u. Antrum**gastritis**, subakuter Schub.		„
	10		0	der Stelle hin. 3 Std.			„
	11		0	p. c.: 1/6 Rest im			„
20. 3.	12		0	Magen. Diag.: Reizmagen, ger. Gastrop-			16
	13		0	tose. **Ulcus duod.**			„
	14		0	Divertikel? 21. 3.: Ulcus wesentlich kleiner.			„
	15	63,5	0			Antropin 3×0,25 + Papaverin	„
	16		0			3×0,05, Atropin 0,5 mg	„
25. 3.	17		0				20
	18		0				„
	19		0				„
	20		0				„
	21		0				25
30. 3.	22	63,8	0				„
	23		0				„
1. 4.	24		0				„
	25		0				„
	26		½				„
	27		0				„
5. 4.	28		0				„
	29	64,9	0				„
	30		0			Schonkost + Fleisch	Leube 25
	31		0				
	32		0	9. 4.: Ulcus deutlich			
10. 4.	33		0	zurückgegangen,			
	34		0	wahrscheinlich Narbe.	11. 4.: Chron. hypertroph. Gastritis, subakuter Schub im		
12. 4.	35		0		Rückgang.		

Beschwerdeart: Nüchternschmerz und Spätschmerz — 3—4 Std. p. c. wieder auftretend — oft nachts. Schmerzen besonders nach gewürzten Speisen.

Epikrise: Es wurde ein Ulcus duodeni (Rö.) und chronisch hypertrophierende Gastritis (Ga.) und Hypersekretion festgestellt.

Schon während der drei Beobachtungstage gingen die Beschwerden fort. — Patient machte völlig beschwerdefrei eine Leubekur durch. Leichte Beschwerden am 26. Tag (Preißelbeeren). Leubekur wurde etwas modifiziert, da Patient sich nichts aus Fleisch machte und etwas Druckgefühl bekam. — Fleischzugabe wurde sehr vorsichtig gehandhabt, bei L 20 wurde Fleisch von L 16 gegeben usw., wurde gut vertragen. Rö-Kontrolle: deutliches Kleinerwerden des Ulkus; Ga-Kontrolle: subakuter Gastritisschub im Rückgang. — Am 35. Tag völlig beschwerdefrei.

In den beiden nächsten Fällen handelt es sich um ein Ulcus ventriculi (V, 1590/35—36) und 1 Ulcus duodeni (V, 1814/35—36), die bei Beginn der Behandlung eine rein chronisch hypertrophierende Gastritis aufweisen, die mittelstarke und erst allmählich zurückgehende Schmerzen verursacht. Bei beiden tritt im Verlauf der Krankheit ein akuter bzw. subakuter Schub auf. Es treten erneut Schmerzen auf, die aber nach 3—5 Tagen schwinden. Die Kontrollgastroskopie ergibt Rückgang der Gastritis.

Beispiel: s. S. 12a (V, 1814/35—36).

Beschwerdeart: Drückende Magenschmerzen — besonders stark p. c. = Verdauungsschmerz. Dazu Nüchternschmerz — saures Aufstoßen p. c. — starke Beschwerden nach Fett und Fleisch.

Epikrise (Rö): Ulcus duodeni mit begleitender chronischer hypertrophierender Gastritis (Ga). Die Durchführung der Leubekur gestaltete sich etwas schwierig, da Patient an seine österreichische Küche gewöhnt war. Im übrigen wurden

Tabelle 4.

Archiv Nr. V. 1814/35—36. Bergmann. Acid.: +64/+76 Senkg.: 13/32.
Diag.: **Ulc. ventriculi,** + chron. hypertr. Gastritis (subakuter Schub).

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie			
3. 1.	1		2						
	2		0			Wärme			
5. 1.	3		0			"			
	4		0			"			
	5	59,5	0	7. 1. 36 **Röntgen**: Gegenüber dem Befund vom 5. 12. 35 Corpusschleimhaut scheinbar grob, **Bulbus duodeni** ebenfalls noch **deutlich deformiert,** entspr. vielleicht alten perisduodenitischen Verwachsungen.		"			
	6		0			"			Leube 6
	7		0			"			"
10. 1.	8		0			"	Atropin		"
	9		0			"	3×1/4 mg		"
	10	55,3	0			"	"		"
	11		1		13. 1. 36 **Gastroskopie**: Schleimhaut im Antrum etwas blaß, mit kl. hochrot. Hypertrophieen, im Corpus ebenfalls hochrote Schleimhaut, aber gleichmäßig, Falten starr, verstreichen nicht vollständig, kein Dehnungsschmerz. Diag.: **Chron. hypertr. Gastritis,** besonders im Antrum.	"	"		"
	12		1/2			"	"		9
15. 1.	13		1/2			"	"		"
	14		0			"	"		"
	15		0			"	"		"
	16		0			"	"		12
	17		0			"	"		9
20. 1.	18	55,8	2			"	"		"
	19		1			"	"		"
	20		1/2			"	"		"
	21		0			"	"		"
	22		0			"	"		12
25. 1.	23		0			"	"		"
	24		0			"	"		"
	25	55,7	0			"	"		"
	26		0			"	"	Siran 3×1 T.	"
	27		0			"	"	"	"
30. 1.	28		0			"	"	"	"
	29		0			"	"	"	"
1. 2.	30		0			"	"	"	"
	31		0			"	"	"	"
	32	55,8	0			"	"	"	20
	33		0			"	"		"
5. 2.	34		1			"	"		"
	35		1		6. 2. Schleimhaut überall, bes. im Corpus hochrot, matt, gequollen, Dehnungsschmerz. Diag.: **akuter Schub.**	"	"		16
	36		1/2						"
	37		1/2				Baldrian, 20 gtt		"
	38		1/4						"
10. 2.	39	55,0	1/4						"
	40		0						12
	41		0						"
	42		0			Larostidin, 5 ccm i. m.			"
	43		1/2			NaCl, 2ccm i. m.	Pyramidon 0,3		"
15. 2.	44		1/2						"
	45		0						"
	46	55,1	0						"
	47		0						"
	48		0						"
20. 2.	49		0						"
	50		0			Schonkost			
	51		0			"			
	52		0			"			
	53	56,0	0			"			
25. 2.	54		0						

Bettruhe und dergl. nicht befolgt; die zwischendurch geäußerten Beschwerden sind nicht immer glaubhaft gewesen; Patient hat auch mit größter Wahrscheinlichkeit geraucht — Beurteilung daher schwierig.

Zusammenfassung: Es handelt sich um 5 Ulcera ventriculi und 11 Ulcera duodeni = 16 Fälle. Vorherrschend ist das baldige Zurücktreten der Schmerzen (14 Fälle), oft schon während der Untersuchungs- und Beobachtungszeit, die ja 4 Tage in Anspruch nimmt, d. i. bei Bettruhe, bevor es dazu kommt, eine spezifische Ulcusbehandlung einzuleiten (8 Fälle). Auch wenn die akuten Erscheinungen schwerer Natur sind und starke Beschwerden machen, tritt bald Besserung ein. Kommt zu einer chronisch hypertrophierenden Gastritis ein akuter oder subakuter Schub, dann gehen die Beschwerden zunächst während des Bestehens der chronischen Gastritis langsam zurück; erst nach Auftreten der akuteren Erscheinungen bessern sich die Schmerzen verhältnismäßig bald.

Die nächsten 8 Ulcusfälle weisen zur Hälfte eine rein akute und zur Hälfte eine rein subakute Gastritis auf. Keine chronisch hypertrophierenden Begleiterscheinungen sind vorhanden. Es handelt sich um 5 Ulcera ventriculi (V, 53, 1467, 1944/35—36; V, 134, 411/36—37) und 3 Ulcera duodeni (V, 995, 1659, 1854/35—36). Die 4 akuten Gastritiden werden in den ersten 5 Tagen beschwerdefrei bis auf einen Fall, bei dem aber die Schmerzen parallel dem gastroskopischen Befund verlaufen, der sehr schwer ist (V, 53/35—36). Die Schmerzen sind stark und mittelstark. Bei V, 1659/35 — 36 handelt es sich um eine reaktive Gastritis nach einem Schleimhautriß. Die Beschwerden sind leichter Natur. — Die übrigen 4 Ulcera (2 U. v.: V, 411/36—37; V, 1467/35—36; 2 U. d.: V, 995, 1854/35—36) weisen eine subakute Gastritis auf. Ihre Schmerzen sind mittelstark bis auf 1 Ulcus duodeni, das von einer erosiven Gastritis (mit aber nur wenigen flachen Erosionen) begleitet ist und starke Schmerzen verursacht (V, 1854/35—36). Ein weiterer Ulcus

duodeni-Fall (V, 1467/35—36) mit subakuter Gastritis macht immer wieder erneut leichte Schmerzen und weist nur vorübergehend Besserungen auf. Röntgen- und Gastroskopiekontrolle ergeben aber einen Rückgang der Befunde. Der Patient scheint nicht glaubhafte Angaben zu machen, um den Krankenhausaufenthalt möglichst in die Länge zu ziehen. Seine Entlassung erfolgte mit Hilfe der Polizei. Die Schmerzäußerungen sind in diesem Fall nicht voll zu verwerten. — Die übrigen 2 Fälle sind innerhalb von acht Tagen beschwerdefrei.

Beispiel: s. S. 15 (V, 411/36—37).

Beschwerdeart: Druck- und Schweregefühl im Magen — Brechreiz — zeitweise starke Kopfschmerzen — Abneigung gegen Fett und Gewürze.

Epikrise: röntgenologisch und grastroskopisch nachgewiesenes Ulcus an G. E.-Stelle, dazu erosive Gastritis im subakuten Schub. Beschwerden gingen unter Leubediät zurück. Es bestand eine histaminrefraktäre Anacidität, auch nach Behandlung. Kontrolle (Ga): erhebliche Besserung — Erosionen waren abgeheilt, das Ulcus deutlich in Heilung, der subakute Schub abgeklungen. Pat. wurde am 32. Tag beschwerdefrei entlassen. Gegen die nebenbei bestehende Colitis wurden Targesinspülungen (1 %) mit gutem Erfolg gegeben.

Man kann also sagen, wenn bei einem Ulcus ventriculi oder duodeni eine rein akute oder subakute Gastritis vorhanden ist, gehen die Schmerzen wohl etwas langsamer, aber vollständig zurück.

Das bisher Gesagte hat sich als das Regelhafte feststellen lassen. Folgende 10 Fälle bilden eine Ausnahme:

1. Fall. Es handelt sich um ein Ulcus ventriculi, das leichte Beschwerden macht, aber keinerlei Veränderungen der Magenschleimhaut aufweist. Das Ulcus ist deutlich röntgenologisch nachgewiesen, und es ist eine starke Hyperacidität vorhanden (+ 95 + 112/ + 70 + 80).

Tabelle 5.

Archiv Nr. V. 411/36—37. Steuersekretär. Acid.: —20+22 Senkg.: —

Diag.: **Ulc. ventriculi** + erosive Gastritis (subakut).

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie			
3. 5.	1	69,0	2	An G. E.-Stelle nischenverdächtige Konfiguration, tief einschneidende Peristaltik, 1¼ Std. p. c. Magen leer. Diag.: **Ulcus an G. E.-Stelle.**	Schleimhaut überall hochrot, gequollen, am oberen Pol der G. E.-Stelle mehrere Erosionen, eine Erosion blutet stark, kein Dehnungsschmerz. Diag.: G. E.-Magen mit Erosionen an der Operationsstelle, eine davon hat ein **Ulcus. Gastritis** im subakuten Schub.				
	2		2						
5. 5.	3		½						
	4		½					Leube	6
	5		0 N⅛						„
	6	61,0	0						„
	7		0 ½			Wärme			9
0. 5.	8		0						„
	9		0						„
	10		0						12
	11		0				Targ.-Sp.		„
	12		0				1%		„
5. 5.	13	60,3	0				„		„
	14		0				„		16
	15		0				„		„
	16		¼				„		„
	17		0			Bitterw.	„		„
0. 5.	18	62,0	0			3×1 Essl.	„		20
	19		0			„	„		„
1. 6.	20	62,0	0			„	„	Salzs.	„
	21		0			„	Mg.sulfur	5 gtt.	„
	22		0				20 %	„	„
	23		0				„	„	„
	24		0				„	3 gtt.	„
5. 6.	25		0			Tr.-Saft	„		25
	26		0		12. 6.: Schleimhaut hochrot, glasig, G.E. fast völlig reizlos, kl. alte Erosionen. Diag.: Erosionen abgeheilt, Ulcus weitgehend in Heilung. subakuter Schub abgeklungen.	„			„
	27	62,2	0			„			„
	28		0			„			„
	29		0			„	Schonkst.		
0. 6.	30		0			„	„		
	31		0			„	„		
	32		0			„	„		

Beispiel: s. S. 16 (V, 1026/35–36).

Beschwerdeart: Schmerzen 1 Std. p. c. = Verdauungsschmerz, ca. 1–2 Stunden anhaltend. Schmerzen und Druck im Epigastrium, in den Rücken ausstrahlend — saures Aufstoßen, Erbrechen.

Tabelle 6.

Archiv Nr. 1026/35–36. Tuchweber. Acid.: +95/+112. Senkg.: 2/6

Diag.: **Ulcus duodeni** — keine Gastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
16. 8.	1		1	1. 8. 35: Schleimhaut etwas vergröbert, Sekret etwas vermehrt, Bulbus duodeni etwas deformiert, an der Hinterwand konstant eine nischenverdächtige Stelle, 3/4 Std. p. c.: 1/4 Rest im Magen, übriger Brei im Dünndarm. Diag.: **Ulcus duodeni,** Gastritis?	3. 8. 35: Magen o. B.		Leube 6
	2	64,4	1				„
	3		1/2				„
	4		1/2				„
	5		0				„
	6		0				„
	7		0				9
	8		0			Neutralon	„
	9		0			„	„
	10		0			„	„
	11	63,5	0			„	12
	12		0				9
	13		0				„
	14		0				12
	15		0				„
	16		0			Atropin 3×0,0005	„
1. 9.	17		0			„	„
	18	64,5	0			„	16
	19		0			„	„
	20		0			„	„
5. 9.	21		0			„	„
	22		0			„	20
	23		0			„	„
	24		0				„
	25	65,3	0				25
10. 9.	26		0				„
	27		0				„
	28		0				„
	29		0				„
	30		0				„
15. 9.	31		0				„
	32	68,3	0				Schonkost
	33		0				„
	34		1/4		Normale Schleimhaut.		„
	35		0	Kl. Auszipfelung, als Restzustand zu denken.			„
20. 9.	36		0				„

Epikrise: Ulcus duodeni (Rö) mit normaler Schleimhaut. Leubekur wird gut vertragen; Schmerzen schwinden in den ersten 4 Tagen — Säurewerte sind sehr hoch und nach der Kur wenig gesunken. Rö-Kontrolle: Deutliche Verkleinerung des Ulcus. Neben Leube: Atropin 7 Tage, Neutralon 4 Tage — Behandlung 36 Tage; die am 34. Tag auftretenden leichten Beschwerden sind auf Ausheberung, Spiegelung und Übergang zu Schonkost zurückzuführen. Beschwerdefrei entlassen.

2. Fall. Röntgenologisch und gastroskopisch wurde ein großes Ulcus ventriculi mit schwerer akuter Gastritis festgestellt. Schon nach 3 Tagen ist der Kranke, der mittelstarke Schmerzen hatte, vollkommen beschwerdefrei und bleibt es auch bis zur Entlassung am 44. Tag. Also fast keine Beschwerden bei schwerem, objektiven Befund.

Beispiel: s. S. 18 (V, 34/36—37).

Beschwerdeart: Verdauungs- und Nüchternschmerz; ca. 1 Std. p. c., Dauer 1 Std.; auch nüchtern Beschwerden. Oft Aufstoßen, Teerstuhl, schneidende Schmerzen in der Magengegend — Obstipation.

Epikrise: Röntgenologisch großes Ulcus ventriculi und gastroskopisch großes Ulcus ventriculi + schwere akute Begleitgastritis festgestellt. Relativ wenig Beschwerden. Es wurde eine Sonderkur und anschließend Leubediät durchgeführt; dazu Spasmolytica. Kontrolle (Rö und Ga): wesentlicher Rückgang von Ulcus und Gastritis.

3. Fall. Es sind leichte Beschwerden bei einem Ulcus pylori vorhanden. Die Magenschleimhaut weist keine Veränderungen auf. Die Beschwerden sind wahrscheinlich psychisch bedingt, denn sie treten gegen Ende der Behandlungszeit wieder auf. (Ursache scheinen die schlechten, häuslichen Verhältnisse zu sein, die eine gewisse Furcht vor der Rückkehr in dieses Milieu hervorrufen).

Tabelle 7.

Archiv Nr. V. 34/36–37. Gerichtsreferendar. Acid.: +2/+28. Senkg. 5/14

Diag.: **Ulcus ventriculi** + schwere akute Begleitgastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie			
26. 2.	1		1	27. 2. 36					
	2	65,5	1	Schleimhaut vergröb., Falten verstreichen schlecht, bes. im oberen Corpus, tiefe, daumengroße Ulcusnisch. a. d. Hinterwand des Fornix. Bulbus duod. stärker gezähnelt. 1 1/8 Std. p. c.: 1/8 Rest im Magen. Diag. Großes **Ulcus ventriculi** (Corpus) + Gastritis. 29. 2. 36: Sondenkontrolle.	Antrum diffus gerötet, Corpus überall dick, starre Falten, ca. in der Mitte der Corpushinterwand 5pfennigstückgroßes, wie ausgestanztes Ulcus, Rand zum Pylorus flach, zur Cardia wallartig und breit, Ulcus reicht tief in die Umgebung, in d. Schleimsee fließt dauernd etwas Blut ab. Diag. Großes **Ulcus** an der Hinterwand mit **schwerer akuter Begleitgastritis.**	Wärme			Sonde
	3		1			„	Atropin	1×20 gtt.	3×150
	4		0			„	„	3×20 gtt.	4×200
1. 3.	5		0			„	„	(3×0,0005)	„
	6	63,1	0			„	„		5×250
	7		0			„	„		„
	8		0			„	„	30 ccm Mg. sulfur.	„
5. 3.	9		0			„	„		„
	10	61,5	0			„	„		„
	11		0			„	„		„
	12		0			„	„		„
	13		0			„	„		„
10. 3.	14		0			„	„	Papaverin	„
	15	61,1	0			„	„	3×0,06 p. Sonde	5×300
	16		0			„	„		„
	17		0			„	„	„	„
	18	62,0	0			„	„	„	„
15. 3.	19		0			„	„	„	„
	20	62,3	0			„	„	„	„
	21		0			„	„	„	„
	22		0			„	„	„	„
	23	62,1	0			„	„	„	5×300
20. 3.	24		0			„	„	„	„
	25		0			„	„	„	„
	26		0			„	„	„	„
	27	62,0	0			„	„	„	„
	28		0			„	„	„	„
25. 3.	29		0	Ulcus nur noch angedeutet darstellbar.		„	„	„	„
	30		0			„	„	„	Leube 20
	31	62,2	0			„	„	„	„
	32		0			„	Ag. Paraffin 1 Essl.	„	„
	33		0			„		„	„
30. 3.	34	63,0	0		7. 4. 36: Ulcus erheblich kleiner und flacher, speckig belegt, Schleimhaut abgeblaßt, aber noch etwas entzündet. Diag. Ulcus und Begleitgastritis im Rückgang.	„	„	„	„
	35		0			„	„	„	„
1. 4.	36		0			„	„	„	„
	37	63,3	0			„	„	„	„
	38		0			„	„	„	„
	39		0			„	„	„	25
5. 4.	40		0			„	„	„	„
	41	64,4	0			„	„	„	„
	42		0			„	„	„	„
	43		0	Nur flache Vorwölbung noch = Rückgang.		„	„	„	„
9. 4.	44	65,3	0				„	„	„

Beispiel: s. S. 20 (V, 1415/35—36).

Beschwerdeart: Nach Nahrungsaufnahme starkes Erbrechen — Schmerzen im Leib = Verdauungsschmerz, und besonders nach starken Erregungen.

Epikrise: Ulcus im Pyloruskanal (Rö) ohne Gastritis, aber mit starker Hyperacidität — Rückgang der Beschwerden schon vor Einleitung einer Leubekur. Patient lebt unter schlechten häuslichen Verhältnissen neben starker körperlicher Beschäftigung — psychisch sehr gedrückt. Die vom 28. — 41. Tag auftretenden Beschwerden sind auch darauf zurückzuführen. Rö-Kontrolle: kleiner werdendes Ulcus. — Beschwerden sind aber wieder zu erwarten, da Pat. nicht stark genug ist, um gegen die psychische Schwäche anzugehen.

4. Fall. Diesmal handelt es sich um eine Kombination von Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi. Die Magenschleimhaut weist keine wesentlichen Veränderungen auf. Die Beschwerden sind mittelstark und nach 6 Tagen verschwunden.

Beispiel: s. S. 21 (V, 1350/36—37).

Beschwerdeart: Nüchternschmerz und nach Arbeit — Schmerzen in der Magengegend, besonders seit 3 Tagen auch nachts, sonst nur bei der Arbeit; morgens keine Schmerzen. Viel Aufstoßen und Brechreiz; Erbrechen seltener — Abneigung gegen Fleisch — vor 3 Tagen kaffeesatzähnlicher Stuhl.

Epikrise: Rö: Ulcus ventriculi + Ulcus duodeni. Ga: kaum Änderung an der Schleimhaut — Hyperacidität nach Histamin, vorher Anacidität.

Bei der Aufnahme okkultes Blut im Stuhl — auf Diäthon gingen die Beschwerden aber bald (6 Tagen) zurück. Beschwerdefreiheit bis zur Entlassung (19. Tag). — Entlassung mit Diätvorschrift für $^1/_2$ Jahr.

5. Fall. Ein Ulcus duodeni ist von einer chronisch hypertrophierenden Gastritis begleitet. Die Beschwerden sind mittel-

Tabelle 8.

Archiv Nr. V. 1415/35–36. Quarzitarbeiter Acid.: +70/+100 Senkg.: 2/5

Diag.: **Ulcus ventriculi pylor.** Keine Gastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
21. 10.	1		1/2	21. 10. 35			
	2	63,7	1/2	Verdacht auf Ulcus pylori.			
	3		0	23. 10. Dichter Schattenfleck auf gezielter		Papavydrin 1 Supp.	
	4		0		24. 10. 35	3 Supp.	
25. 10.	5		0	Bulbusaufnahme. 2 1/2	Schleimhant überall		Luminaletten
	6		0	Stunden p. c.: Magen	zart und glattspiegelnd, rosarot, kein	1 Supp.	„
	7	65,5	0	leer. Diag.: **Ulcus im Pylorus** anzunehmen.	Dehnungsschmerz.	3 Supp.	„
	8		0		Diag.: Schleimhaut		„
	9		0		**o. B.**		„ Leube 6
30. 10.	10		0				„
	11		0				„
1. 11.	12		0				9
	13		0				„
	14		0				„
	15		0				12
5. 11.	16	63,5	0				„
	17		0				„
	18		0	7. 11 Kleinerwerden		Papaverin 0,005	16
	19		0	des ulcusverdächtigen		Scopolamin 0,0005	„
	20		0	Schattens, feine Auszipfelung der Kontur,			„
10. 11.	21		0	Bulbus in seinem			20
	22	61,5	0	Spitzenbereich etwas			„
	23		0	verzogen, Hinterwand aufgerauht.			„
	24		0				25
	25		0				„
15. 11.	26		0				„
	27		0				„
	28		1/2				„
	29	64,0	1/2				Schonkost
	30		1/4				„
20. 11.	31		1/4				„
	32		0				„
	33		0				„
	34		1/40				„
	35		1/40				„
25. 11.	36	66,6	1/40				„
	37		1/2				„
	38		1				„
	39		1			Papaverin 0,005, Atropin 0,0005	
	40		1/2				„
30. 11.	41		1/4				„
1. 12.	42		0				„
	43	65,9	0				„
	44		0				„
	45		0				„
5. 12.	46		0				„
	47		0				„
8. 12.	48		0				

stark und schon nach 5 Tagen behoben. Am Ende der Behandlungszeit treten erneut leichte Schmerzen auf, die keine objektive Erklärung finden, denn Ulcus und Gastritis sind zurückgegangen (Röntgen- und Gastroskopiekontrolle). Die Beschwerden sind wahrscheinlich funktionell bedingt, da der Patient psychisch überlagert ist.

Tabelle 9.

Archiv Nr. V. 1350/36–37. Landwirt. Acid.: +61/+88. Senkg.: 5/12
Diag.: **Ulcus ventriculi + duodeni.** Keine Gastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
12. 10.	1	54,5	1				Diät Kost 2
	2		2	13. 10. 36			„
	3		3/4	Schleimhaut vergrö-			„
15. 10.	4		1	bert, grobe Zähnelg.			„
	5		0	der großen Kurvatur,	16. 10. 36		„
	6		0	an der kl. Kurvatur	Spasmus im Korpus,		„
	7		0	bohnengr. Ausstülpg.	Schleimhaut nicht zu		„
	8	58,3	0	deformierter Bulbus,	sehen.		„
20. 10.	9		0	am Boden konstanter	Diag. Keine wesent-		„
	10		0	Schattenfleck. 1 1/4	liche Änderung der		„
	11		0	Std. p. c.: Breibe-	Magenschleimhaut.		„
	12		0	schlag im Magen.			„
	13		0	Diag.: **Ulcus ven-**			„
25. 10.	14		0	**triculi + Ulc. duo-**			„
	15	60,0	0	**deni** + Gastritis.		1 Gelonida	„
	16		0				„
	17		0				„
	18		0				„
30. 10.	19	61,0	0				„

Beispiel: s. S. 22 (V, 1001/35–36).

Beschwerdeart: nüchtern und 1–2 Stunden p. c. Schmerzen = Verdauungsschmerz — krampfhafte Schmerzen im Oberbauch, ausstrahlend entlang dem rechten Rippenbogen bis zu den Schulterblättern — Nachlassen unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme — häufig Sodbrennen, Aufstoßen, gelegentlich Erbrechen.

Epikrise: Ulcus duodeni (Rö) mit begleitender chronisch hypertrophierender Gastritis (Ga) — zunächst völliges Verschwinden der Beschwerden, schon bei Beginn der Leube-

Tabelle 10

Archiv Nr. V. 1001/35–36. Kraftwagenführer. Acid.: +50/+60 Senkg.: 7/22

Diag.: **Ulcus duodeni** + chron. hypertr. Gastritis (Corp. + Antr.)

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
12. 8.	1		1	Ambulant: Vergrößerte Schleimhaut,			
	2	69,4	1/4	Bulbusdeformität +			
	3		1/4	Nischenfleck, 1 1/2			
15. 8.	4		3/4	Std. p. c.: 1/2 Rest		Istizin 2 Tbl.	Leube 6
	5		1/2	im Magen. Diag.:		"	
	6		0	**Ulcus duodeni.**		Paraffinöl	"
	7		0			"	"
	8	66,3	0		19. 8. 35. Antrum ist	"	9
20. 8.	9		0		düsterrot, an der kl.	"	
	10		0		Kurvatur und an der	"	"
	11		0		Vorderwand sind kl.	"	
	12		0		Hypertrophieen,	"	12
	13		0		Falten verstreichen	"	"
25. 8.	14		0		nicht völlig. Schleim-	"	"
	15	67,7	0		haut im ganzen ver-	"	"
	16		0		dickt. Diag. **Chron.**	"	
	17		0		**hypertr. Gastritis.**	"	16
	18		0		(Corpus-Antrum).	"	"
30. 8.	19		0			"	"
	20		0			"	"
1. 9.	21		0			"	
	22	69,8	0			"	20
	23		0			"	"
	24		0			Aspirin (3×0,0005)	"
5. 9.	25		0			"	"
	26		0			"	"
	27		0			"	25
	28		0			Tinct. Valeriana (15 Tr.)	"
	29	70,8	0			"	"
10. 9.	30		0			"	"
	31		0			"	"
	32		0			"	"
	33		0			"	"
	34		0			"	"
15. 9.	35		0			"	"
	36	73,5	1/2			"	"
	37		1/2		17. 9. 36	"	
	38		1/4	18. 9. 35. Nur noch	Rückgang der Hyper-	"	NaCl
	39		0	klein. Fleck zu sehen,	trophieen, im Corpus		"
20. 9.	40		0	eine kl. nischenver-	und Antrum diffus		"
	41		1/4	dächtige Stelle.	hochrote Verfärbung,	Carbo Med. (3×2 Tbl.)	"
	42		0		kein Dehnungs-	"	"
	43	72,0	0		schmerz.	"	"
	44		0				"
25. 9.	45		0				"
							"

kur. Im weiteren Verlauf der Behandlung (36.–38., 41. Tag) leichte Beschwerden in Form von Druckgefühl in der Magengegend — Beschwerden muten stark psychogen überlagert an, da sie auf Injektion von NaCl-Lösung prompt verschwanden.

Rö- und Ga-Kontrolle zeigen deutlichen Rückgang des Befundes; ebenso Rückgang der Hyperacidität. Neben Leube: Istizin, NaCl, Tinct. Valeriana, Carbomed.

6.—8. Fall. Trotzdem es sich um eine rein chronisch hypertrophierende Gastritis handelt bei 1 Ulcus ventriculi (V, 1097/36–37) und 2 Ulcera duodeni (V, 150, 398/35–36), sind die mittelstarken Schmerzen schon nach 3–5 Tagen behoben.

Beispiel: s. S. 23 (V, 1097/36–37).

Tabelle 11

Archiv V. 1097/36–37. Landwirt. Acid.: +50/+85 Senkg.: 8/16
Diag.: **Ulcus ventriculi** + chron. Gastritis.

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie	
2. 9.	1		1				
	2	52,6	0	Lungenfilm.			
	3		0	Schleimhaut verwaschen + vergröbert,			
5. 9.	4		3/4	sehr grobe Zähnelg.			
	5		0	der gr. Kurvatur, im			Leube 6
	6	53,5	0	Angulus kleinfingerkuppengr., nischenförmige Ausstülpung,			„
	7		0				„
	8		0	Ränder sind gewulstet, Bulbus duodeni	Schleimhaut im ganzen düsterrot + starr, Falten verdickt, an der kl. Kurvatur ein ca. bohnengr. Ulcus, setzt sich trichterförmig in die Tiefe fort, Ränder etwas erhaben, Grund speckig gelb, Diag. **Ulcus ventriculi + Begleitgastritis.**		9
10. 9.	9		0	konstant deformiert,			12
	10		0	Druckpunkt oberhalb			„
	11		0	des Bulbus duodeni-			16
	12		0	Diag. **Ulcus ventriculi** + Gastritis,		Agarol 1 Essl.	„
	13		0	(wulstiger Rand vielleicht = maligne Entartung?)		„	20
15. 9.	14	54,2	0			„	„
	15		0			„	„
	16		0			„	„
	17		0			„	„
19. 9.	18		0			„	„

Beschwerdeart: Druckgefühl in der Magengegend und Erbrechen (Schleim), unabhängig vom Essen — saures Aufstoßen. Weißbrot, Milch und Griessuppen werden gut vertragen.

Epikrise: Es handelt sich um ein Ulcus ventriculi (Rö + Ga) + geringfügige Begleitgastritis + Hyperacidität. Schon bei Leube 6 Beschwerdefreiheit, die bis zur Entlassung (18. Tag) anhielt. Gegen die spast. Obstipation wurde Agarol gegeben. Gründliche Behandlung eines sehr defekten Gebisses ist zur Besserung des Ulcus- und Gastritisleidens unbedingt erforderlich.

9. u. 10. Fall. Bei 2 Fällen von Ulcus ventriculi ist zu Beginn der Behandlung keine Schleimhautveränderung vorhanden. Die Beschwerden sind mittelstark. Im Verlauf der Behandlungszeit tritt aber eine chronisch hypertrophierende Gastritis auf. Diese macht in einem Fall (V, 497/36—37) vorübergehend leichte Beschwerden, im anderen Fall (V, 1464/35—36) gar keine.

Beispiel: s. S. 25 (V, 1464/35—36).

Beschwerdeart: Starke Dauerschmerzen in der rechten Seite, zum Rücken ausstrahlend — stark saures Aufstoßen — Obstipation.

Epikrise: röntgenologisch und gastroskopisch festgestelltes kleines Ulcus ventriculi und geringfügige Gastritis; nach 10 Tagen wurde Patient beschwerdefrei und blieb es bis zur Entlassung (41. Tag). Gegeben wurde Larostidin und gegen die Obstipation Leo-Pillen.

Rö-Kontrolle: Deutlicher Rückgang des Ulcus.

Ga-Kontrolle: Ebenso deutlicher Rückgang des Ulcus, ebenso der Gastritis.

Tabelle 12

Archiv Nr. V. 1464/35–36. Hausfrau. Acid.: +25/+40 Senkg.: 7/25 — 22/46 — 23/49
Diag.: **Ulcus ventriculi** + chron. Gastritis (Corpus).

	Tag	kg	Besch.	Röntgen	Gastr.	Therapie		
28. 10.	1		1					
	2	60,9	1					
30. 10.	3		1			Agarol 15,0		
	4		2			„	Larostidin f. i. m.	
1. 11.	5		1			„	„	
	6		1/2		An der kl. Kurvatur	„	„	
	7		1/2		mehrere Falten auf	„	„	
	8	60,7	1/4		ein flaches, reizloses	„	„	
5. 11.	9		1/4	kl. **Ulcustrichter** an	Ulcus zu, Linsen-	„	„	
	10		1/8	verdächtiger Stelle d.	größe, kein wesent-		„	
	11		0	kl. Kurvatur,	licher Dehnungs-		„	
	12	61,1	0		schmerz. Diag.: **Kl.**	Agarol	„	
	13		0		**Ulcus** an der kleinen		„ v.	
10. 11.	14		0		Kurvatur **ohne we-**		„	
	15	61,1	0		**sentliche Gastritis.**		„	
	16		0				„	
	17		0				„	
	18	61,5	0		Ulcus im Rückgang		„	
15. 11.	19		0		ohne wesentliche Ga-		„ f.	Leo-Pill.
	20		0		stritis, Ulcus ist fla-		„	Nr. II
	21		0		cher geworden und		„	„
	22	62,0	0	An früherer Stelle	reizloser, Falten nicht		„	„
	23		0	des Ulcus nur noch	mehr erkennbar.		„	„
20. 11.	24		0	flache Vorwölbung.			„	„
	25		0				„	„
	26		0				„	„
	27		0		Ulcus weiter im Ab-		„ v.	„
	28		0		heilen, **Hypertro-**		„	„
25. 11.	29	62,0	0		**phische Gastritis**		„	„
	30		0		**deutlicher.** Ulcus		„	„
	31		0		noch flacher und we-		„	„
	32		0		niger gerötet, nur		„	„
	33		0		noch Niveaudifferenz		„	„
30. 11.	34		0		sichtbar,		„	„
1. 12.	35		0				„	„
	36	62,5	0	Nur noch flache Vor-			„	„
	37		0	wölbung.	Ulcus in Abheilung.		„	„
	38		0		Nur noch flaches,		„	„
5. 12.	39		0		blaurotes, nicht be-		„	„
	40		0		legtes Ulcus, Schleim-		„	„
7. 12.	41		0		haut deutlich reiz-		„	„
					loser.			

Im folgenden soll die Synopsis mehr von den subjektiven Symptomen aus betrachtet werden. Es wurde zunächst untersucht, welcher Art die Beschwerden sind, über die die Patienten klagen. Die Hauptcharakteristika sind: der Nüchternschmerz (bei leerem Magen), der Verdauungsschmerz (0—2 Std. p. c.) und der Spätschmerz (2—5 Std. p. c.). Außerdem begegnen uns noch mehrere Beschwerdearten; nämlich Schmerzen, die unabhängig oder abhängig von Essen, Aufregung, körperlicher Arbeit und Witterung auftreten, ferner Dauerschmerz und Koliken. Einige Fälle weisen keine Schmerzen auf. Folgende Tabelle mag dies wiedergeben. Sie umfasst die Jahrgänge 1934/35, 1935/36 und 1936/37:

	Ulcus		Gesamtfälle
	ventr.	duod.	
Nüchternschmerz	15	58	73
Verdauungsschmerz	24	35	59
Nüchtern- + Verdauungschmerz	14	19	33
Spätschmerz	10	18	28
Spätschmerz + Nüchternschmerz	2	12	14
Unabhängiger Schmerz	15	10	25
Dauerschmerzen	13	11	24
Koliken	5	6	11
Abhängige Schmerzen	1	5	6
Keine Schmerzen	9	1	10
	108	175	283

Unter denselben Gesichtspunkten sind die 50 Ulcusfälle durchgesehen, die mit allen uns heute zur Verfügung stehenden Methoden untersucht wurden. Dies zeigt die nächste Tabelle:

	Ulcus ventr.	Ulcus duod.	Gesamtfälle
Nüchternschmerz	3	13	16
Verdauungsschmerz	3	6	9
Nüchtern- + Verdauungsschmerz	2	4	6
Spätschmerz	2	3	5
Spätschmerz + Nüchternschmerz	—	2	2
Unabhängiger Schmerz	3	2	5
Dauerschmerzen	2	2	4
Koliken	—	1	1
Abhängige Schmerzen	—	1	1
Keine Schmerzen	1	—	1
	16	34	50

Besteht eine Beziehung zwischen Beschwerdeart und Gastritisform? Als die charakteristischen Beschwerden bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni nehme ich nur den Nüchtern-, Verdauungs- und Nüchtern- + Verdauungsschmerz zum Vergleich. Die andern Beschwerdearten kommen vereinzelter vor, wie auch aus vorstehenden Tabellen ersichtlich ist.

Was nun die spezielle Form der Gastritis, die nur durch eine Gastroskopie zu bestimmen ist, anbelangt, so möchte ich das anfangs Erwähnte wiederholen. Es ließen sich von 283 Patienten nur 161 gastroskopieren. In den einzelnen Jahren waren es:

Jahrgang	Kranke	gastroskopiert
1934/35	112	40
1935/36	90	50
1936/37	81	71
	283	161

Im ganzen wurden also 161 Kranke gastroskopiert.

Davon hatten:

	Ulcus ventr.	Ulcus duod.	zusammen
Nüchternschmerz	13	24	37
Verdauungsschmerz	16	20	36
Nüchtern- + Verdauungsschmerz	13	20	33
	42	64	106

Die übrigen 55 Kranke, die gastroskopiert wurden, weisen die zahlenmäßig zurücktretenden Beschwerden auf.

Die Gastritis tritt chronisch hypertrophierend, chron. hypertroph. + akut (oder subakut) und akut auf. Vergleicht man die Gastritis und Beschwerdeform tabellarisch, dann ergibt sich folgendes Bild:

1934/35—1936/37		Nüchtern-schmerz U. v.	Nüchtern-schmerz U. d.	Verdaunngs-schmerz U. v.	Verdaunngs-schmerz U. d.	N. + V. Schmerz U. v.	N. + V. Schmerz U. d.
Chron. Gastritis	6	10	8	10	7	12	
Chron. + akute Gastritis	4	6	5	5	4	5	
Akute Gastritis	2	3	3	2	2	3	
Keine Gastritis	1	5	—	3	—	—	
zusammen:	13	24	16	20	13	20	= 106

Aus der Tabelle ergibt sich: eine chronische Gastritis kann sowohl Nüchtern-, wie Verdauungs-, wie Nüchtern- + Verdauungsschmerz machen. Ebenso ist es mit der chron. Gastritis + akutem (subakutem) Schub und mit der rein akuten Gastritis. Das gilt von den Gastritisformen aus gesehen. Die Art des Ulcus spielt keine Rolle dabei. Nehme ich die Beschwerdeart als Ausgangspunkt der Beobachtung, dann ergibt sich, daß Nüchternschmerz in über der Hälfte der Fälle bei einer chronischen Gastriiis, in einem Drittel der Fälle bei einer chron. + akuten (subakuten) Gastritis, in einem Siebentel der Fälle bei einer akuten (subakuten) Gastritis vorkommt, und

daß ein Sechstel der Fälle sogar ohne Gastritis bestehen kann. Dasselbe ergibt sich beim Verdauungs- und Nüchtern- + Verdauungsschmerz. Nur ist hier noch hervorzuheben, daß bei Verdauungsschmerz ein Zwölftel der Fälle ohne Gastritis, der Nüchtern- + Verdauungsschmerz nie ohne Gastritis vorkommt.

Als ein anderes subjektives Symptom habe ich die Stärke des Schmerzes zum Vergleich mit der Gastritisform und Ulcusart hinzugenommen. Der Schmerz kann sein: leicht (× = $^1/_8$ bis $^3/_4$), mittelstark (×× = 1 – $2^1/_2$) und stark (××× = 3 bis 5). Bei diesem Vergleich lassen sich aber nur die Gastritisformen verwenden, die gastroskopisch spezifiziert sind. Im ganzen sind dies, wie oben gezeigt, 161 Fälle. Diese haben folgende spezielle Gastritisform:

	Ulcus		zusammen
	ventr.	duod.	
Chronische Gastritis	32	50	82
Chron. + akute Gastritis	18	24	42
Akute Gastritis	15	12	27
Keine Gastritis	4	6	10
insgesamt:	69	92	161

Die einzelnen Schmerzstärken verteilen sich folgendermaßen auf die Gastritisformen und Ulcusarten:

	Gastritis							
	chronische		chron.+akute		akute		keine	
	U. v.	U. d.	U. v.	U. d.	U. v.	U. d.	U. v.	U. d.
×	12	16	3	5	1	3	2	2
××	17	32	10	8	10	5	2	4
×××	3	2	5	11	4	4	—	—
	32	50	18	24	15	12	4	6
zusammen	82		42		27		10 = 161	

Dazu läßt sich sagen: die rein chronischen Gastritiden machen in über der Hälfte der Fälle mittelstarke Schmerzen, in einem Drittel leichte und nur vereinzelt starke Schmerzen. – Kommt zur chronischen Gastritis ein akuter (subakuter) Schub, dann treten fast in der Hälfte der Fälle mittelstarke und starke Schmerzen auf, leichte Schmerzen nur in einem Fünftel der Fälle. Das stimmt auch mit der Feststellung überein, daß akute Schübe in ihrem Beginn stärkere Beschwerden machen können als die rein chronischen, obwohl letztere langwieriger in ihrer Dauer sind. — Ist die Gastritis rein akut oder subakut, d. h. ohne chronische Erscheinungen, dann ist über die Hälfte der Schmerzen mittelstark. Ein Drittel macht aber starke und nur ein Siebentel leichte Beschwerden. — Auffallend ist, daß 10 Fälle ohne Gastritis verlaufen. Die Beschwerden sind bei 6 Fällen mittelstarker, bei 3 leichter Natur. Bei starken Schmerzen findet sich immer eine Gastritis.

Vergleicht man die Art des Ulcus und die Schmerzstärke miteinander, dann kann man sagen: Das Ulcus ventriculi kommt dem Ulcus duodeni gegenüber häufiger vor, erstens wenn bei mittelstarken Schmerzen die Gastritis chronisch + akut (subakut) oder akut (subakut) ist, und zwar wird hier der akute (subakute) Schub ausschlaggebend sein; zweitens wenn bei starken Schmerzen eine chronische oder eine akute Gastritis vorliegt.

Hat nun jemand leichte Beschwerden, so kann man vielleicht sagen, es handelt sich um eine chronische Gastritis. Sind die Beschwerden mittelstark, dann kann es auch eine chronische Gastritis sein. Genau so gut kann es aber auch eine chronische Gastritis + akutem Schub oder eine akute Gastritis, speziell bei einem Ulcus ventriculi, sein. Bei starken Beschwerden wird es sich wohl zumeist um einen akuten Schub handeln, vielleicht in etwa noch um ein Ulcus ventriculi + chron. Gastritis. Die Stärke des Schmerzes gibt mithin keinen sicheren Anhalt für die Art des Ulcus oder der Gastritis, immerhin aber Hinweise in einer bestimmten Richtung.

Bei dem Versuch, schon vorhandene Ergebnisse in der Literatur mit denen meiner Arbeit zu vergleichen, muß ich mich leider kurz fassen. Wohl gibt es genug Autoren, welche die subjektiven und objektiven Symptome in zahlreichen Abwandlungen einander gegenübergestellt haben; aber ich fand keine Arbeit, wo die Form der Gastritis, die Stärke des Schmerzes untereinander oder mit den Ulcusarten verglichen wurde. In der Literatur findet man viele Angaben über das Verhältnis von Röntgen-Gastroskopiebefunden gegenüber den subjektiven Beschwerden, aber ohne Berücksichtigung der Art der Gastritis oder der Schmerzstärke. — v. Bergmann, Boas, v. Domarus, Doerfler, Gutzeit-Teitge, Kalk' Stepp, Weiss u. a. heben immer wieder hervor, wie ungemein wichtig Röntgen-, Gastroskopiebefund, subjektive Symptome und Anamnese, zusammen betrachtet, sind. — Übereinstimmend mit v. Bergmann, Boas, Kalk und Kauffmann fand ich, daß der Schmerz wohl meistens durch das Ulcus und die gleichzeitig vorhandene Gastritis verursacht wird. Meist handelt es sich um eine Antrumgastritis (auch nach Kalk, Kauffmann, Köster, Konjetzny und Puhl, Bohmansson, Büchner, Duschl, J. C. Lehmann, J. Nicolaysen, Orator, Schmincke). — Es können aber auch Ulcera ohne Gastritis typische Beschwerden verursachen, wenn auch selten. Gutzeit und Teitge sowie die Aschoff'sche Schule nehmen an, daß histologisch doch entzündliche Veränderungen und zwar im Geschwürsgrund vorhanden sind, die objektiv am Lebenden, d. h. röntgenologisch und gastroskopisch, nicht zu erfassen sind. Kalk glaubt, daß es sich dabei meist um akute Ulcera handelt, die oft ohne entzündliche Veränderungen in der Umgebung vorkommen. Von 161 Ulcuskranken, die S. 29 tabellarisch erfaßt wurden, sind 10 Fälle ohne eine Gastritis, die aber typische Ulcusbeschwerden machen. — Was die Heilung der Geschwüre anbelangt, so sagt Kalk, daß sie bei chron. Magengeschwür quoad vitam günstig, quoad sanationem aber

ungemein chronisch verlaufend ist. Dietrich fand, daß die großen Ulcera mit den akuten Gastritiden, von oft schwerer Art, doch eine große Neigung zur Heilung aufweisen, was sich auch bei den 8 Fällen (s. o. S. 13) zeigte.

Aus Vorstehendem geht hervor, daß ich für meine Arbeit, im Zusammenhang gesehen, keine Vergleichsergebnisse in der Literatur finden konnte. Dagegen ließen sich einige Einzelheiten den Ergebnissen anderer Autoren gegenüberstellen.

Zusammenfassung.

In vorstehender Arbeit ist mir zur Aufgabe gestellt worden, die Synopsis der subjektiven und objektiven Magenbeschwerden bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür zu untersuchen.

Der erste Teil befaßt sich mit den rein objektiven Symptomen, Röntgenaufnahme und Gastroskopie. Zum Vergleich ist die Stärke der Beschwerden herangezogen. Es ergibt sich, daß die Form der Gastritis, d. h. ob sie rein chronisch hypertrophierend, mit akutem (subakutem) Schub oder rein akut ist, für den Verlauf der Erkrankung maßgebend ist. Chronische Gastritiden verzögern die Besserung sehr, während die mehr akuten bis rein akuten Formen verhältnismäßig schnell in Besserung übergehen. Eine schwere akute Gastritis kann sogar schon bald zurückgehen. Manchmal tritt zu einer chronischen Gastritis, die immer wieder leichte Beschwerden macht, ein akuter oder subakuter Schub. Bald danach tritt Besserung ein. Die akuten (subakuten) Formen gehen fast immer vollkommen zurück, während die chronischen Formen lange bestehen bleiben. Sie sind es auch, die immer wieder, lange nach beendeter Kur, Beschwerden machen, den Patienten belästigen und von ihm Schonung und Diät verlangen. Ist die begleitende Gastritis eine rein akute oder subakute, dann gehen die Schmerzen wohl etwas langsamer, aber doch

gänzlich zurück. — Einige Einzelfälle sind erwähnt, die dem widersprechen. Es handelt sich dabeium Ausnahmen.

Im zweiten Teil der Arbeit habe ich mehr die subjektiven Momente in den Vordergrund gestellt und sie mit den objektiven gastroskopischen Befunden verglichen. Von den subjektiven Symptomen habe ich zuerst die Art des Schmerzes zum Vergleich genommen. Da die Beschwerdeart bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni sehr mannigfaltig ist, wurden nur die charakteristischen Symptome herausgegriffen: der Nüchtern-, der Verdauungs- und der Nüchtern- + Verdauungsschmerz. Es ergibt sich, daß die drei Formen der Gastritis (chronische, chron. + akute, akute) sowohl Nüchtern-, wie Verdauungsschmerz, wie Nüchtern- + Verdauungsschmerz machen können. Die Art des Ulcus ist ohne Einfluß. Es läßt sich also für eine bestimmte Gastritisform kein bestimmter Schmerz herausstellen!

Zuletzt wird dann noch die Schmerzstärke mit den einzelnen Gastritisformen und Ulcusarten verglichen. Chronische Gastritiden machen in über der Hälfte der Fälle mittelstarke Beschwerden, chronische Gastritiden mit akutem oder subakutem Schub in fast der Hälfte der Fälle mittelstarke und starke Beschwerden. Bei einer rein akuten oder subakuten Gastritis sind über die Hälfte der Fälle mittelstarker Natur. Mittelstarke Schmerzen lassen eine chronisch + akute (subakute) oder rein akute (subakute) Gastritis bei einem Ulcus ventriculi vermuten. Starke Schmerzen kann ein Ulcus ventriculi bei begleitender chronischer oder akuter Gastritis haben. — Die Stärke des Schmerzes gibt keinen sicheren Anhalt für die Art der Gatritis oder des Ulcus, wohl aber gewisse Hinweise. Trotzdem muß man sagen, daß die Schmerzintensität keinen sicheren Rückschluß auf die Art des Ulcus, die begleitende Gastritisform und die Art des Verlaufes der Erkrankung erlaubt.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. P. Martini für die Überlassung des Themas meiner Arbeit herzlichst zu danken. Besonders aber möchte ich an dieser Stelle Herrn Oberstabsarzt Dr. P. Schwarz aufrichtig Dank sagen für seine stets unermüdliche Bereitschaft bei der Materialbeschaffung und der Zusammenstellung der Arbeit und für das Interesse, das er den Ergebnissen entgegenbrachte.

Literatur.

1. v. Bergmann — Funktionelle Pathologie: „Magen- und Duodenalgeschwür".
2. Boas — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 1925. „Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni". Dt. Med. Wschr. 1932/45 „Neue Richtlinien des Magen- und Duodenalgeschwürs".
3. Dietrich, A. — M. M. W. 1938/107: „Pathologisch anatomische Grundlagen für die Operationsanzeige des chronischen Magengeschwürs".
4. Doerfler, H. — Für die Praxis: „Magenulcus", Lehmann-Verlag, München.
5. v. Domarus — Grundriß der inneren Medizin: „Ulcus ventriculi" (S. 307) und „Ulcus duodeni" (S. 326).
6. Gutzeit-Teitge — Die Gastroskopie. Urban-Schwarzenberg, Berlin und Wien 1937.
7. Kalk, H. — Neue Dt. Klinik 1930 Bd. 6, S. 607, 634, 660, 674: „Magen- und Duodenalgeschwür".
8. Kauffmann, F. — Neue Dt. Klinik 1931, Bd. 7, S. 1 „Magenkatarrh".
9. Konjetzny — Ergebn. der inneren Medizin und Kinderheilkunde 1930, Bd. 37: „Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwürsbildung im Magen und Duodenum".
10. Köster — Med. Klinik 1935/36: „Allgemeine Beobachtungen über die Entstehung und Heilung der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre".
11. Stepp — Handbuch der inneren Medizin (v. Bergmann): „Ulcus ventriculi".
12. Weiß, Th. — (Sitzung der Oberlausitzer Gesellschaft am 16. 3. 1930). M. M. W. 1931/366 „Die Bewertung der subjektiven Beschwerden und objektiven Symptome bei der Diagnose des Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni".

Lebenslauf.

Am 25. September 1911 wurde ich, Elisabeth Offermanns, in Köln-Lindenthal als Tochter des Kaufmanns H. Offermanns und seiner Frau Therese geb. Zass geboren. Ich bestand die Reifeprüfung am 13. Februar 1932 in Bad Godesberg am Oberlyzeum St. Antonius. Anschließend begann ich das medizinische Studium an der Universität Bonn, wo ich am 9. Mai 1933 die ärztliche Vorprüfung I. Teil und am 4. August 1934 den II. Teil machte. Die klinischen Semester habe ich in München, Hamburg, Düsseldorf und Bonn studiert. Am 31. Januar 1938 bestand ich das medizinische Staatsexamen.